



修了者全員に
ピンバッジを
プレゼント！

令和6年度 第3回

宇都宮市認知症サポーター向け

認知症パートナー

養成講座

受講無料

2日制

いっしょに
ステップアップ
しませんか？

認知症を正しく理解し、温かく見守る「認知症サポーター」の皆さんが、より身近で認知症の方をサポートできるよう、ステップアップ講座開催いたします。

認知症の方への寄り添い方のアドバイスや介護保険施設などで行うレクリエーションの実践演習を行います。

1/31(金)

締切

注意

※ 受講対象者は宇都宮市の「認知症サポーター」の方となります。

※ 加えて、講座受講後に、介護保険施設などで支援活動を行える方が対象です。

	日 程	会 場
1日目 講 義	<u>2月12日(水)</u> 午後1時30分～4時30分	総合コミュニティセンター 大集会室 (明保野町7番1号)
2日目 実 習	以下のいずれか ☐ <u>【Aコース】 2月14日(金)</u> 午後1時30分～4時30分 ☐ <u>【Bコース】 2月17日(月)</u> 午後1時30分～4時30分 ※ AコースとBコースは同一の内容です。	オレンジサロン石蔵 (道場宿町1131) ※ 会場の詳細は1日目にご案内いたします。

◎定 員：各コース先着10名（合計20名）

受講を希望する方は、申込書（チラシ裏面）に必要事項を書き、**1月31日(金)**までに直接または送付、ファクス、Eメールで高齢福祉課企画グループへお申し込みください。

〔お申し込み・お問い合わせ〕

宇都宮市保健福祉部高齢福祉課企画グループ 〒320-8540 宇都宮市旭1丁目1番5号

電話：028-632-2332 ファクス：028-632-3040

Eメール：u1903@city.utsunomiya.tochigi.jp

「認知症パートナー養成講座」受講申込書

ふりがな			申 込 日	令和	年	月	日
氏 名			生年月日	昭和 平成	年	月	日
連 絡 先	区 分	※ いずれか１つを選び、✓を付けてください。 ☐ 自 宅 ☐ 職 場（職場名：_____）					
	住 所 または 所 在 地	(〒 _____)					
	電 話	※ 日中連絡の取れる電話番号をお書きください。 _____- ____-					
２日目の 実習希望日	※ いずれか１つを選び、✓を付けてください。 ☐ Ａコース ２月１４日(金) ☐ Ｂコース ２月１７日(月) ☐ どちらでも参加可能						
認知症に関する 講座の受講状況	※ 該当するものに✓を付けてください。 ☐ 認知症サポーター養成講座（　 年 月頃 ） ☐ キャラバン・メイト養成研修 ☐ 受講したことがない						
そ の 他	※ 当日のグループワークのグループ分けの参考にさせていただきますので、差し支えない範囲で ご記入をお願いします。 • 今回の講座と一緒に受講される方はいらっしゃいますか。 ☐ いる（お名前_____） ☐ いない • 介護保険施設、医療施設等でお仕事をされていますか。 ☐ している（職種_____） ☐ していない						

＜ 受講者の決定について ＞

受講者の決定は、講座の開始の5日前までに書面で通知します。
持ちものや会場のご案内につきましても、その際に併せてお知らせします。
開催3日前を過ぎても通知が届かない場合は、お手数ですがご連絡ください。

宇都宮市 保健福祉部 高齢福祉課 企画グループ 宛て

- ☐ 送 付 の 場 合 : 〒320-8540 宇都宮市旭1丁目1番5号
☐ ファクスの場合 : 028-632-3040
☐ Eメールの場合 : u1903@city.utsunomiya.tochigi.jp